UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 50

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES BARTHOLINITES ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1910

PAR

Frédéric GRANIER

Né à Moriez (Basses-Alpes), le 20 août 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : GILIS, Professeur, *Président.* — BAUMEL, Professeur — VIRES, Agrégé — SOUBEYRAN, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES BARTHOLINITES

ET DE LEUR TRAITEMENT

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE
LE CHANOINE COLLOMP

A MON PÈRE

F. GRANIER.

A MA TANTE MADEMOISELLE COLLOMP

A MON FRÈRE

F. GRANIER.

A MES AMIS

F. GRANIER.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir remercier tous ceux qui, à des titres divers, se sont intéressés à nous et ont contribué à notre instruction :

A nos Parents pour les sacrifices qu'ils se sont imposés;

A nos Maîtres nous adressons l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur d'être, pendant l'année 1908, interne de MM. les docteurs Journiac, médecin en chef, et Cornu, médecin-adjoint à l'Asile d'aliénés de Marseille. Qu'ils veuillent bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour leurs excellents conseils.

Nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à nos amis les docteurs Abbes et Aymes, internes des Asiles des Bouches-du-Rhône, qui nous ont offert la douceur de leur amitié pendant le cours de nos études.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

BARTHOLINITES

ET DE LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons de traiter, de nombreux auteurs français et étrangers l'ont déjà étudié et mis au point ; cependant nous pensons qu'il y a intérêt à réunir ce qui en a été dit et surtout à insister sur le traitement d'une affection qui, bien que rare, peut devenir le point de départ de nombreux et graves accidents.

Si en effet les bartholinites aiguës, dans la majorité des cas, ne présentent aucune gravité de pronostic, les récidives et la chronocité assombrissent ce pronostic : c'est alors que l'on voit échouer tous les traitements proposés et apparaître les fistules qui en prolongent la durée.

Une thérapeutique rationnelle aura donc raison de cette

Gosselin dans ses leçons sur la vulvite pense que la bartholinite guérit rapidement; mais il attire l'attention sur les récidives, sur la tendance à la persistance de la suppuration et à la formation de fistules.

Pouillet conteste la formation de fistules rectales et insiste sur la bartholinite kystique.

Sur ces fistules ont insisté ensuite Chevalérias, De Amicis. Des vues nouvelles sont fournies par Huguenin en 1879, qui montra les dangers que peut présenter l'incision de l'organe, les hémorragies.

Mauriac signale la fréquence des bartholinites au cours des écoulements ; Fauvel (thèse 1886) étudie l'inflammation chronique, et Martineau a insisté sur les localisations tardives de la blennorragie des appareils folliculaires plus que dans la glande de Bartholin elle-même.

A propos de la vulvorrée persistante, Jullien signale les récidives quelquefois nombreuses de la bartholinite et propose l'intervention sanglante.

C'est aussi l'opinion de Verchère, et Finger croit que cette manifestation de la blennorragie doit être attaquée par l'incision, la cautérisation et le râclage.

Pozzi préfère l'incision large aux injections de chlorure de zinc.

Nous avons trouvé des éléments très utiles dans des thèses inaugurales successives et des traités classiques que nous signalerons à l'Index bibliographique.

DONNÉES GÉNÉRALES

Avant d'entrer dans la discussion de l'injection des glandes de Bartholin, rappelons quelques données générales sur ces organes.

A un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur du vagin sont situées à droite et à gauche les glandes vulvo-vaginales entre les deux aponévroses superficielles et moyennes ; en haut et en dedans, les glandes de Bartholin sont en rapport avec le bulbe du vagin, en bas avec les veines hémorroïdales et en dehors avec l'ischion.

Ces glandes, lobulées, dont le volume est celui d'une amande, sont d'une coloration rosée, formées de granulations débouchant dans des sinus avec canalicules s'anastomosant entre eux et aboutissant à un conduit excréteur qui vient déboucher dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou des caroncules.

Le développement de ces glandes tributaires des vaisseaux et nerfs honteux internes et des ganglions lymphatiques des parois vaginales est intimement lié à la vie génitale de la femme : Il y a atrophie à mesure que s'éteint l'activité sexuelle.

Aussi ne verra-t-on apparaître l'affection qui nous occupe, c'est-à-dire l'infection de la glande de Bartholin, qu'au moment où cet organe sera en pleine activité.

Dans les ouvrages que nous avons consultés nous avons trouvé des cas de bartholinite chez de très jeunes sujets, notamment une observation chez une jeune fille de 14 ans.

Aux glandes vulvo-vaginales il faut rattacher une série de follicules glandulaires décrits par Huguier.

Ce sont d'abord les follicules vestibulaires très petits et peu profonds : leur nombre est de 7 ou 8, et ils sont moins intéressants que les follicules uréthraux qui sont, eux, moins nombreux.

Ceux-ci viennent s'ouvrir à la surface du tubercule médian, ils sont parallèles à l'urèthre et sont situés sous la muqueuse de ce canal, dans l'épaisseur du tissu spongieux. Ils sont donc plus profonds et plus volumineux.

Profonds sont aussi les follicules latéraux uréthraux sur les côtés du méat urinaire.

Les follicules latéraux de l'entrée du vagin sont très nombreux et très importants : On les rencontre latéralement de chaque côté de l'entrée du vagin dans le sillon formé par la muqueuse vulvaire et par l'hymen ou ses débris.

On connaît leur rôle dans l'infection chronique blennorragique et nous croyons que cette affection très rebelle est une cause très fréquente de bartholinite.

DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

Il ne faut pas, croyons-nous, donner une importance outrée à certaines causes prédisposantes telles que le lymphatisme, certaines professions, l'onanisme, la grossesse, la malpropreté, etc.

Il est certain que toutes les causes qui peuvent stimuler, congestionner ou traumatiser les organes génitaux externes favorisent l'infection ; mais, disons-le de suite, la fréquence des bartholinites chez la prostituée nous éclaire sur leur étiologie : en effet l'analyse bactériologique nous montre le rôle du gonocoque. Alary (Thèse de Paris 1891-92) a fourni à l'appui de ces données étiologiques des analyses bactériologiques probantes.

Le processus inflammatoire qui aboutit à l'abcès canaliculaire ou parenchymateux de la glande vulvo-vaginale est dû au micrococcus de Neisser : mais il y a souvent une infection mixte. Le gonocoque prépare le terrain au staphylocoque, si bien que le pus de l'abcès ne contient plus que du staphylocoque.

On peut rapprocher ce fait de l'absence du même micrococcus de Neisser dans les abcès péri-uréthraux chez l'homme.

Il résulte des travaux de Veilla et Hellé que les bartholinites sont dues au gonocoque que l'on trouverait seul dans la bartholinite aiguë (première crise) associé dans les formes ouvertes ou chronique.

La fétidité du pus sera due à la présence d'anaérobies.

Welander (Thèse de Nancy 1888) a examiné 12 cas et n'a pu retrouver le micrococcus de Neisser : trois femmes cependant en avaient dans leur urèthre.

Gerheim a trouvé au début le gonocoque, mais un mois plus tard il n'y avait plus que des staphylocoques dorés et blancs.

On a d'ailleurs rarement l'occasion d'observer l'infection juste au début, les malades ne consentant à demander un traitement que quand le volume de l'abcès et la douleur les y oblige.

Les lésions que l'on trouvera dans cette infection dépendront de la structure de la glande : nous n'insisterons pas sur l'histologie normale bien établie par Langerhans Wirchow (Archives de 1874), Sinet (Société de biologie, 1880).

L'infection étant ascendante nous aurons d'abord une prolifération considérable de l'épithélium des conduits excréteurs et en même temps une infiltration embryonnaire qui forme autour des canaux un manchon continu.

Mais ici comme autour d'un urèthre nous aurons la formation d'abcès péricanaliculaires.

« Ces abcès péricanaliculaires que nous n'avons pas encore vu signalés ont une importance capitale au point de vue pathogénie des abcès à répétion de la glande vulvo-vaginale. » (Leblanc, thèse de Paris, 1895.)

Sous l'influence d'une poussée congestive, menstrues, traumatisme, coït, etc., ces abcès péricanaliculaires qui

étaient en résorption reprennent leur évolution, d'où formation d'une nouvelle poche purulente.

La bartholinite chronique évolue.

On pourra observer aussi d'autres complications non moins ennuyeuse. L'existence de lobules aberrants, de prolongements anormaux permettent de comprendre la constitution des fistules vulvo-vaginales, dont le point de départ sera facilement reconnu par l'analyse bactériologique du pus gonococcique, ou à défaut la présence de cellules épithéliales glandulaires.

DONNÉES CLINIQUES

D'ailleurs l'étude clinique, la symptomatologie, l'évolution de l'affection ne permettront aucun doute.

Il faudra d'abord distinguer une forme aiguë et une forme chronique : quant à la bartholinite à répétition, nous avons expliqué plus haut les raisons qui, après une guérison apparente, feraient reparaître une forme aiguë avec toute son intensité. Nous devons indiquer aussi que l'on peut observer des formes suintantes d'emblée, sans phase de réaction vive. Dans les ouvrages classiques, la bartholinite aiguë est bien décrite et il n'y a rien à ajouter. En voici une observation qui est inédite.

Observation I

Jeanne P..., 20 ans, sans profession.
Réglée à 14 ans très régulièrement.
On ne trouve aucun antécédent vénérien.

Elle entre à l'hôpital de la Conception en janvier 1909 pour une blennorragie qui aurait débuté il y a 8 jours.

La vulve et le vagin sont le siège d'une inflammation intense et d'une sécrétion jaunâtre, épaisse, abondante.

L'urèthre est infecté et la pression fait apparaître une goutte de pus également jaune : il y a douleur à la miction.

Elle déclare qu'elle a « une grosseur à la vulve qui la fait beaucoup souffrir ». En effet, à la partie inférieure de la grande lèvre droite, on constate une tumeur de la grosseur d'une noix. On sent de ce côté la glande de Bartholin gonflée, fluctuante et douloureuse. En la comprimant une goutte de pus crémeux apparaît à l'orifice de la glande, orifice qui est très enflammé.

L'abcès est incisé et drainé pendant quelques jours.

Puis, comme il persiste une induration, on décide la malade et on fait l'extirpation de la glande sous chloroforme.

Nous croyons devoir insister cependant que c'est au cours d'un écoulement, après un coït suspect, rarement sans causes apparentes, que le malade ressent une démangeaison, une cuisson avec sensation de chaleur et de pesanteur.

La fièvre d'ordinaire légère passe souvent inaperçue. En portant la main à sa vulve, la malade sent une douleur plus vive qui s'irradie vers l'anus, les cuisses, l'aine. La marche exaspère la douleur. Généralement elle ne viendra pas consulter le médecin à ce stade de début. La malade attendra l'apparition d'un gonflement qui déformera la grande lèvre. La nymphe d'abord œdématiée, volumineuse, présente une tumeur qui obstrue la vulve. A cette période les phénomènes douloureux sont plus

intenses : la femme ne peut même plus rester assise. Le médecin consulté trouvera alors au toucher bi-digital une tuméfaction pâteuse, régulière, très sensible, de la grosseur d'une noix, faisant saillie en dedans, soulevant la partie externe de la petite lèvre. En entr'ouvrant la vulve la macule gonorrhéique de Sanger sera nette et une goutte de pus pourra sourdre du canal excréteur. Quelques auteurs ont écrit que la lymphangite s'accompagnerait de développement des ganglions inguinaux. On sait que les canaux lymphatiques de la région sont ceux des parois du vagin et il faut mettre sur le compte d'une syphilis antérieure l'augmentation de volume des ganglions inguinaux. On voit alors, au milieu de ces phénomènes de réaction inflammatoire, la fluctuation devenir manifeste et pointer vers la muqueuse. Si l'on attend encore, la collection purulente se fera jour spontanément vers le canal excréteur ou dans son voisinage. Quelques jours après on peut voir une perte de substance à bords taillés à pic que l'on a pu prendre quelque temps après pour une ulcération chancrelleuse.

Dans le doute l'inoculation négative confirmera le diagnostic.

Le tissu périglandulaire réagit violemment, il est quelquefois le siège d'un phlegmon. Ricord écrivait : « Il est bon d'être prévenu que la suppuration succède rapidement à l'inflammation phlegmoneuse et que si on ne lui donne pas issue elle ne tardera pas, à cause de la laxité des tissus cellulaires, à faire des ravages, à filer du côté du rectum et à se faire jour dans la cavité de cet intestin, formant ainsi tantôt des fistules incomplètes, tantôt des fistules complètes par suite d'ouvertures à des hauteurs diverses du côté de la vulve. »

Les observations de ces fistules ont été rapportées par Chevalérias, De Amicis, Terrillon, Martin et Léger.

La période de suppuration ne sera pas longue : quelques jours et le foyer semble tari ; mais à propos des règles, d'un coït, etc., la bartholinite récidive. Le docteur Cordier a parlé d'une malade qui a eu jusqu'à dix-huit poussées.

Moins bruyants sont les symptômes d'une bartholinite chronique d'emblée ou succédant à une bartholinite aiguë parce que les phénomènes inflammatoires et la réaction vive du début font défaut. C'est souvent une récidive qui force la femme à venir consulter le médecin.

L'observation due à l'obligeance du docteur Lafond est probante.

C'est une bartholinite aiguë droite avec incision de l'abcès puis râclage à la curette. Mais il y a récidive un mois après : ablation de la glande et guérison.

Observation II

« Joséphine B. 23 ans, domestique. Réglée à 13 ans, assez régulièrement depuis. Il y a deux ans consulta un médecin pour pertes jaunâtres abondantes : on lui prescrivit des injections antiseptiques qui amenèrent en peu de jours une amélioration, mais les pertes continuent.

Quelque temps après une douleur vive au niveau de la lèvre droite se fait sentir et la malade remarque une augmentation de volume : cette tumeur dure l'empêche de marcher et de s'asseoir. A l'inspection on trouve une

tumeur du volume d'une grosse amande faisant saillie à la partie interne de la vulve et du pus s'échappe par l'orifice du canal excréteur de la glande de Bartholin. On incise, on vide la poche et on procède au râclage de cette poche, suivi du tamponnement. La malade semble guérie.

20 jours après elle revient avec une tuméfaction du volume d'un haricot indurée et qui est douloureuse; par la pression on fait sourdre du canal excréteur du muco-pus.

L'ablation de la tumeur sous chloroforme se fait sans difficulté, on fait deux plans de suture. La malade sort guérie 15 jours après. Les douleurs sont ici une sensation de tension, une gêne au moment du coït, après une fatigue. La tuméfaction est peu apparente. A l'inspection on remarquera surtout la macule gonnorréique de Sanger avec injection des vaisseaux péricanaliculaires. Huguier désignait cette forme sous le nom « d'hypersécrétion purulente ».

On observe une rougeur due à l'irritation provoquée par le contact de quelques gouttes de pus. Le canal excréteur laisse suinter une goutte séreuse, blanchâtre. Quelquefois cette goutte sort par une fistule ancienne.

Il y a peu de signes d'inflammation, mais une induration hypertrophique de la glande qui est comme une petite tumeur, dure, mobile, peu douloureuse. Si la glande n'est pas entièrement infectée et si le canal excréteur a été vidé on ne pourra faire sortir par l'orifice que du mucus venant des parties saines. Il faut donc une recherche méthodique pour diagnostiquer une bartholinite chronique suintante, car tous les signes sont pour la plupart bien peu accentués.

Tout peut se passer comme dans cette observation rapportée par Jalabert, thèse de Paris 1898, obs. III.

Observation III

F... Marcelle, âgée de 22 ans, bonne de café, prostitution depuis 20 ans. Aucun antécédent vénérien. A son entrée à l'hôpital qui a lieu le 18 septembre 1896 on ne trouve pas de goutte uréthrale, la vulve est normale ; pas de gonflement, ni de rougeur des lèvres, pas de douleur pendant la marche, ni à la miction, ni à la défécation. En palpant attentivement la grande lèvre gauche on sent dans la profondeur une petite masse pâteuse et molle, indolente (cependant la malade a ses règles). En pressant sur cette petite masse, on fait sourdre du pus par l'orifice naturel de la glande de Bartholin, le pus est séreux, mal lié, il renferme des gonocoques ; l'orifice est exulcéré, ses bords sont mal limités, tout autour de lui la muqueuse est injectée. Ici, on le voit, toute lésion vulvoïde ou vaginale uréthrale avait disparu.

Velpeau, Bois de Laury ont admis la transformation possible de la bartholinite en kyste que nie Bonnet ; en effet l'obstruction du canal excréteur peut succéder à un abcès par suite de sclérose et le kyste est ainsi formé.

Ces kystes du canal excréteur contenus dans l'épaisseur de la petite lèvre font saillie dans le canal vulvaire et sont seulement recouverts par la muqueuse (kystes superficiels de Pozzi).

Les kystes de la glande proprement dite font saillie à

la partie postérieure de la grande lèvre et sont recouverts par la peau et le tissu cellulaire de la grande lèvre (kystes profonds de Pozzi). Ces kystes peuvent rester longtemps indolents et, s'ils sont de faible volume, occasionner une gène très faible ; mais ils sont sujets à des poussées inflammatoires et à se rompre. Le médecin sera consulté à propos de cet accident.

Deux évolutions sont possibles après cette suppuration : le kyste se rompant la poche peut s'éliminer et le malade être complètement débarrassé de son affection. Mais cette heureuse éventualité peut ne pas être et on aura alors la destruction de la parois avec perte de substance : d'où fistules intarissables et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Les fistules dont nous avons parlé, soit qu'elles proviennent de lobules aberrants (Huguier en a démontré l'existence), soit de fusées purulentes, soit d'après le mode indiqué ci-dessus, sont d'après l'ordre de fréquence des fistules vulvo-vulvaires.

Quant aux fistules vulvo-rectales, De Amicis en a publié 9 observations. A propos du traitement nous reviendrons sur cette complication très importante de l'affection qui nous occupe.

DIAGNOSTIC

D'après les données étiologiques et l'étude clinique de la bartholinite on voit que le diagnostic sera facilement établi et qu'une confusion sera difficile. Néanmoins il il est bon de passer en revue les affections qui, de près ou de loin, peuvent permettre une confusion qui pourrait entraîner un traitement sans effet.

On devra distinguer d'abord la bartholinite aiguë du phlegmon de la grande lèvre qui a pu quelquefois donner lieu à des erreurs d'interprétation. Ici l'étiologie est toute autre et l'inflammation du tissu cellulaire de la grande lèvre est due à une plaie originelle que l'on peut retrouver sur la lèvre ou le périnée. Un traumatisme peut en être la cause immédiate. Les phénomènes inflammatoires ont ici une tout autre allure : ils sont plus accentués et plus étendus. Au lieu d'être localisée à la partie postéro-inférieure de la vulve, la tuméfaction s'étend à toute la région jusqu'au mont de Vénus. Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume ; le rougeur est aussi bien sur la muqueuse que sur la peau entourant la vulve. Et si la douleur est vive dans une bartholinite, elle est ici plus aiguë encore et les phénomènes généraux sont très vifs.

L'abattement, la fièvre sont plus intenses ; puis viennent la langue saburrale et les vomissements. L'empâtement de la région est généralisé et sans limites précises, et ce n'est que plus tard que la fluctuation apparaît ; si on laisse les choses évoluer, l'abcès pointera soit vers la fourchette, soit vers le clitoris, soit vers le pli génito-crural ; tandis que le pus de la bartholinite vient percer vers l'orifice du canal excréteur, sur la muqueuse environnante.

L'analyse du pus du phlegmon montrera l'absence de gonocoques et de mucus de la glande et on aura une cavité anfractueuse avec de vastes décollements de la muqueuse, ce qui n'est pas dans la bartholinite.

Au lieu d'être profond le furoncle de la grande lèvre est tégumentaire, il siège au milieu des poils : il a ici comme toujours son aspect acuminé et son évolution bien connue. Notons aussi la lymphangite et la présence de ganglions inguinaux.

Le vulvite folliculaire a aussi son aspect spécial avec ses multiples petits abcès disséminés sur la vulve et donnant de petites ulcérations nombreuses ; nous ne croyons pas devoir insister sur l'herpès vulvaire, l'acnée et les kystes sébacés, les lipomes.

L'œdème de la grande lèvre, dû à un accident primitif, peut aussi donner le change ; mais ici avec cet œdème dur et étendu à tout le repli vulvaire on aura l'adénopathie inguinale indolente dure qui conduira à rechercher l'ulcération spécifique. Cependant le chancre induré peut siéger à l'orifice du canal excréteur et peut exister avec l'infection de la glande : l'issue du pus par le canal excréteur montrera clairement la bartholinite.

Nous avons vu que les pertes de substance taillées à

pic, que l'on rencontre fréquemment sur la muqueuse autour de la macule gonnorréique par suite de l'ouverture spontanée de l'abcès, peuvent faire penser à une ulcération chancrelleuse : l'auto-inoculation tranchera le diagnostic.

L'écoulement d'une vaginite présente aussi un intérêt, tant au point de vue étiologie qu'au point de vue diagnostic différentiel : nous avons parlé au début de la fréquence de la bartholinite au cours d'une inflammation chronique du vagin.

L'aspect des follicules enflammés du vagin est caractéristique : ils deviennent plus saillants, plus visibles, leur orifice apparaît comme un petit cratère béant ; ils sont plus faciles à étudier et on est comme frappé de leur abondance. Ces follicules augmentés de volume sont le siège d'une vascularisation exagérée et le pourtour de l'orifice apparaît comme une tache rouge vif en morsure de puce, en nævi, ils sont sujets à des poussées aiguës et à la formation d'abcès folliculaires. Il peut y avoir doute quelquefois quand on a affaire à une bartholinite suintante établie d'emblée et passant inaperçue, sans qu'une poussée aiguë attire l'attention sur la glande de Bartholin.

Si le médecin n'examine pas soigneusement l'organe, ne reconnaît pas la macule gonnorréique de Sanger, si la malade a un intérêt quelconque à dissimuler, il méconnaîtra cette forme insidieuse de bartholinite, ne pensant qu'à une vaginite.

Non moins complexes sont les cas où des fistules consécutives à une bartholinite suintante font hésiter. Celles qui viennent s'ouvrir à la face externe de la grande lèvre pourront faire penser à une suppuration osseuse de l'is-

chion ou du pubis, mais ici, et d'ailleurs le cas est très rare, l'exploration conduira sur le foyer de nécrose et fera constater l'intégrité de la glande. Quand la fistule a son orifice sur le périnée, on recherchera les phénomènes morbides du côté de l'intestin. La présence de gonocoques et surtout de cellules épithéliales tranchera le diagnostic, et l'exploitation du trajet fistulaire pourra conduire également du côté de la glande ou de son canal.

Les commémoratifs apprendront aussi que avant la venue d'une fistule vulvo-rectale le malade a eu une bartholinite à répétition. Si la fistule communique avec le canal excréteur on trouvera généralement à l'embouchure des 2 canaux une dilatation ou stagnent les sécrétions ; cette dilatation sera perceptible en arrière de la petite lèvre à l'angle en Y que forment le canal et la fistule.

En pratique il sera fréquent de trouver une hernie postérieure de la grande lèvre : mais cette tumeur est réductible et à travers le vagin on sent son prolongement. Il en est de même pour la hernie inguinale que l'on suivra jusqu'à son pédicule vers l'orifice externe du canal inguinal. Nous nous contenterons de citer : l'hydrocèle, le kyste du canal de Nück, qui prédominent à la partie antérieure ou moyenne de la grande lèvre, et qui d'ailleurs n'acquièrent que très rarement une gravité exceptionnelle et après des phénomènes inflammatoires. Nous avons vu que la bartholinite siège à la partie postéro-inférieure de la grande lèvre et n'a pas une action bien inquiétante sur l'état général.

Il faut penser aussi à la hernie de l'ovaire ; la sensibilité exquise de l'organe, son augmentation au moment des règles, l'absence des signes propres à une bartholi-

nite conduiront à un diagnostic ferme. L'évolution lente et progressive, l'accroissement quelquefois considérable du fibrome, son ulcération et les hémorragies consécutives ne permettront pas de confusion.

TRAITEMENT

Le traitement des bartholinites varie suivant la forme, le moment, l'évolution et les complications de l'affection. Nous avons d'abord à considérer le cas où le canal excréteur et la glande sont infectés depuis quelques jours et où la réaction inflammatoire est intense. Les premiers symptômes qui forcent à intervenir sont la douleur qui est vive, la rougeur qui est intense. Hygiène, repos, antisepsie, résolutifs, seront ici d'un grand secours. Huguier attachait une grande importance à cette méthode résolutive. L'antisepsie aura pour but de s'opposer aux infections secondaires et de déterger des régions constamment souillées : on emploie dans ce but des pansements et pulvérisations chaudes. Un point important sera de ne pas négliger le traitement d'une blennorragie qui peut en être encore à sa période aiguë et d'empêcher le pus blennorragique de baigner la vulve, amenant ainsi l'infection ascendante de la glande. Mais cette méthode résolutive ne donnera généralement que peu de succès, tout à peine aura-t-on une légère sédation ; la douleur continuera, ira même en croissant en même temps que se formera l'abcès de la glande.

Quelques auteurs ont conseillé d'exercer des pressions sur la glande et le canal ; nous croyons que cette manœuvre douloureuse est tout au moins inutile. Nous allons passer en revue ce qui a été conseillé par les divers auteurs.

En 1879, Pouillet conseillait d'ouvrir l'abcès près du canal excréteur et Diday recommandait la ponction.

Le grand reproche à adresser à cette méthode hâtive c'est de favoriser le passage à la chronicité. Gosselin, pour faire disparaître les cavités pyogéniques une fois ouvertes, pensa qu'il fallait empêcher la réunion des lèvres de la plaie et opérer la cicatrisation de la profondeur à la périphérie lentement avec des drains. Ce fut aussi l'opinion de Cullerier, de Jullien, de Audry. Cette méthode était bien chirurgicale et permettait une antisepsie complète, mais elle ne remplit pas complètement son but. On laisse des traces indélébiles et des foyers d'infection prêts à se réveiller et à donner des bartholinites à répétition. C'est d'ailleurs ce qui arrive quand l'abcès pointant vers la muqueuse se fait une issue naturelle : les tissus noircissent, se sphacèlent et l'abcès se vide ; mais à la bartholinite aiguë succède la bartholinite suintante et toutes les complications qui en dépendent.

Ce sont des procédés pénibles pour les malades, agissant avec lenteur et d'une action souvent passagère. L'incision de l'abcès peut se faire en plusieurs points : on le fait ordinairement au point le plus fluctuant, c'est-à-dire à la partie interne de la petite lèvre ; il s'écoule alors un flot de pus. Guérin et Velpeau préfèrent l'incision à la partie externe, à l'union de la muqueuse et de la peau en dedans du bord libre de la grande lèvre, parce qu'en ce point on ne trouve pas la partie la plus épaisse de l'aponévrose superficielle qui s'oppose au recollement. Velpeau

dit que par cette incision externe on « évite la stagnation du pus entre les parois de l'abcès ; on évite aussi l'irritation des bords libres de l'incision et de la surface purulente mise à nu, soit par le contact des deux grandes lèvres entre elles, soit par l'exsudation d'une matière âcre et ichoreuse qui suinte en pareil cas, soit du vagin, soit de la vulve tout entière ». On peut reprocher à cette incision externe la persistance d'une cicatrice disgracieuse.

L'expérience a démontré que la simple incision est le plus souvent insuffisante et le drainage n'empêchera pas la persistance de fistules.

La cautérisation au thermocautère où à la teinture d'iode au chlorure de zinc donneront de meilleurs résultats. Mais pour détruire tous les culs-de-sac, qui peuvent rester infectés et produire des récidives, mieux vaudra un râclage ; on aura ainsi plus de chance de détruire tous les points infectés.

Observation IV

Inédite

F..., 25 ans, prostituée, douleurs très vives depuis 6 jours.

Elle présente à gauche une glande très volumineuse, fluctuante et une vulve très enflammée. Pas d'urétrite.

La face interne de la petite lèvre présente un tissu noir avec commencement de sphacèle.

Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, on fait l'incision sur l'abcès avec grattage et cautérisation à la teinture d'iode. La malade est guérie en 15 jours. Pas de récidive.

Observation V

(Inédite)

Femme de 23 ans, prostituée, se présente avec une bartholinite aiguë gauche ayant débuté il y a 8 jours.

L'incision sur l'abcès pratiquée en ville s'accompagne d'une forte hémorragie qui nécessita l'entrée de la malade à l'hôpital. Là on fait l'ablation de la glande avec anesthésie générale. Guérison.

On le voit, l'hémorragie est à redouter à cause de la vascularisation de la région : en avant et en dedans nous voyons la glande côtoyée par l'artère périnéale superficielle, les veines hémorroïdales inférieures ; sa face inférieure est tapissée de veines reliant le bulbe aux hémorroïdales, en haut et en avant nous rencontrons le bulbe. Les vaisseaux qui lui arrivent par la honteuse interne, par l'intermédiaire de la clitoridienne sont nombreux et l'abordent par son bord interne. On comprendra pourquoi l'hémostase peut être longue et délicate.

Huguier a été aux prises avec ces afflux de sang.

Pour remédier à ces multiples inconvénients, chances de contamination et de chronicité désespérante et rebelle, les chirurgiens contemporains se sont arrêtés à l'extirpation de la glande. Les résultats en sont excellents.

Huguier rapporte dans son mémoire qu'il « pratiqua une double incision elliptique sur la face interne de la petite lèvre, circonscrivant l'orifice excréteur, de telle sorte que ce dernier correspondait au centre de l'ellipse : il attira la glande au dehors à l'aide d'une pince érigne, la détacha de ses adhérences avec des ciseaux courbes et l'enleva ; sur une autre femme de son service qui souffrait d'une dilatation kystique et purulente, il se décida à disséquer l'appareil vulvo-glandulaire, après avoir sectionné verticalement et parallèlement au sillon nympho-labial, un pli horizontal, fait avec la muqueuse de la petite et de la grande lèvre. »

Depuis, Bois de Laury, Langlebert, Fauvel ont repris l'ablation de l'organe en variant le manuel opératoire.

Michaux se loue de ce mode de traitement dans son traité de chirurgie.

Il ressort de ce qui a été dit que dans une bartholinite aiguë prise au début, peu fluctuante, on pourra procéder à l'extirpation immédiate sans ouvrir l'abcès. Si la poche est très tendue, le tissu voisin très enflammé, on pourra procéder à l'incision d'emblée suivie d'un râclage à la curette avec cautérisation ; mais pour plus de sûreté mieux vaut encore pratiquer l'extirpation à froid si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire quelques jours après. A ce prix seulement on pourra déclarer à la malade qu'elle est complètement guérie.

Les désavantages d'une telle méthode sont-ils assez importants pour être même dangereux ? L'intervention sanglante, pour être pratiquée commodément, nécessite l'anesthésie qui fait courir des risques sérieux à la malade. Si cependant on se contentait d'une anesthésie locale à la cocaïne on augmenterait les chances d'hémor-

ragies par le fait de la vaso-dilatation consécutive à la vaso-constriction initiale produite par l'injection de l'alcaloïde.

Nous avons vu les ennuis occasionnés par ces hémorragies tenaces. Fauvel, dans sa thèse, rapporte l'observation d'une malade dont la vie faillit être compromise par des hémorragies répétées. Le voisinage des veines vaginales et la possibilité de les sectionner paraissent à Huguenin une raison suffisante pour rejeter l'énucléation.

D'autres griefs peuvent être encore formulés contre l'énucléation. On a dit que les points de suture s'infectent, lâchent, que les bords de la plaie se rétractent, d'où une guérison qui traîne, nécessitant un séjour prolongé à l'hôpital. Certains auteurs ont observé que la perte de substance laisse une cicatrice désagréable. Martin et Léger ont affirmé qu'il n'y a pas une déformation aussi notable qu'on le suppose.

L'antisepsie et l'asepsie mettent à l'abri des complications septiques, assurent une réunion rapide et quelques jours après la réunion des bords la cicatrice n'est guère apparente.

Fauvel a signalé après ces interventions la possibilité d'une phlébite.

Non moins important sera le traitement de la bartholinite chronique parce qu'elle n'a pas de tendance à la guérison. C'est surtout pour cette forme que l'extirpation de l'organe est de rigueur. En effet, le râclage, les caustiques détruisent bien les trajets fistuleux, mais on laisse des foyers infectés pour ne détruire que les voies d'écoulement du pus.

Ici l'opération sera plus délicate parce que la glande se trouve enfermée au milieu de couches conjonctives

et il faudra éviter de laisser les prolongements aberrants qui permettent à l'infection de se réveiller ensuite. Ces prolongements s'engagent quelquefois entre le rectum et le vagin, entre les aponévroses du périnée : il faut alors une dissection soigneuse.

Pour éviter ces opérations incomplètes, Terrillon avait proposé l'injection de substances solidifiables dans la glande. On comprend la difficulté qu'il y a à faire pénétrer ces substances dans tout l'organe : on n'arrive qu'à distendre certaines parties pendant que d'autres n'ont rien reçu.

Observation VI

Bartholinite suintante. — Ablation de la glande. — Guérison.

Femme de 65 ans, bouchère. Envoyée à l'hôpital pour une bartholinite droite suintante ouverte spontanément au voisinage de l'orifice extérieur du conduit de la glande.

Douleurs depuis six mois ; pertes abondantes, jaunes. La vulve et le vagin sont enflammés. La glande a le volume d'une petite noix, elle est dure ; il s'écoule un peu de pus par le canal dont l'orifice est rouge.

On fait l'ablation de l'organe à la cocaïne.

Incision en tranche d'orange sur la glande.

La dissection est suivie de suture partielle avec drainage en bas.

Guérison en 15 jours.

On voit que l'ablation de l'organe assure toujours la guérison.

Pour éviter les quelques inconvénients que présente cette opération, on avait pensé à cautériser les bartholinites, surtout les bartholinites kystiques, à l'aide de solutions injectées dans le kyste. Huguier a injecté par le canal excréteur des solutions de nitrate d'argent à 1/100 ; on a employé la teinture d'iode, le formol ; mais Fauvel avoue que les résultats sont inconstants.

Dans son article des *Annales de gynécologie*, Duvernoy a recommandé les injections sclérogènes de chlorure de zinc dans les cas de bartholinites kystiques. Richet employait le même traitement dans les kystes sébacés. La méthode n'a pas donné de résultats encourageants.

Jalabert, dans sa thèse de Lyon 1898, recommande les injections d'alcool salicylé.

L'extirpation reste, croyons-nous, la méthode de choix dans le traitement des bartholinites chroniques et des bartholinites aiguës après l'atténuation des phénomènes inflammatoires, applicable à tous les cas et sans grands dangers.

La grossesse n'est pas une contre-indication à cette extirpation. Bonnet opéra une femme enceinte de trois mois d'une bartholinite double : l'opération ne présenta rien de spécial et la grossesse suivit son cours.

CONCLUSIONS

L'infection des glandes de Bartholin est presque toujours due au gonocoque.

Cette infection, très pénible pour la femme et dangereuse pour l'homme, récidive et devient chronique si elle est mal soignée ; elle est même agravée par la possibilité de fistules qui en prolongent la durée.

Une thérapeutique rationnelle aura raison de cette affection.

Malgré les quelques accidents qu'on a pu lui reprocher, l'extirpation de la glande sera la méthode de choix.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 29 avril 1910.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
Léon-G. PÉLISSIER.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 avril 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pozzi. — Traité de gynécologie. Revue de Pozzi.

Pichevin. — Semaine gynécologique, 1907.

Leblanc (G.).— Contribution à l'étude bactériologique et anatomo-pathologique de la bartholinite. Thèse de Paris, 1895.

Martin et Léger. — Archives générales de médecine.

Gosselin. — Cliniques chirurgicales de la Charité, 1873, t. II.

Galabert (L.). — Les bartholinites et leur traitement. Thèse de Lyon, 1898.

Testut. — Anatomie descriptive et topographique.

Alary. — Thèse de Paris, 1882.

Audry. — Précis des affections blennorragiques, 1894.

Guérin. — Leçons sur les maladies des organes génitaux externes de la femme. Paris, 1861.

Huguenin. — Thèse de Paris, 1879.

Cowper. — Anatomie comparée, 1898.

Hallé. — Thèse de Paris, 1898.

Duplay et Reclus. — Société de chirurgie, t. VIII.

Fortier Omer. — Contribution à l'étude des barthol. et en particulier traitement. Paris, 1899.

Dujon. — Thèe de Paris, 1897.

Foguet. — Thèse de Paris, 1897.

Verchère. — De la blennorrhagie chez la femme. Paris, 1894.

Sabatier. — Des bartholinites. Thèse Paris, 1909.

Ricord. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1838.

Jullien. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1886.
Legrain. — Thèse de Nancy, 1888.
Langlebert. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1864.
Marescial. — Thèse de Paris, 1873.
Tillaux. — Anatomie. Traité de chirurgie clinique.
Le Dentu et Delbet. — Traité. Gazette des hôp., 1902. Semaine médicale, 1908.
Velpeau. — Dict. de méd.
Sanger. — Annales de gynécologie, 1890.
Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie, 1898.
Manquat. — Traité de thérapeutique. Paris, 1897.
Huguier. — Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme. Paris, 1846.
Finger. — La blennorragie et ses complications, Trad. Hogge. Paris, 1894.
Fauvel. — Thèse de Paris, 1886.
Diday. — La pratique des maladies vénériennes. Paris, 1894.
Duvernoy. — Traitement des kystes des glandes vulvo-vaginales par les injections de ZnCl. Annales de gynécologie, 1880.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MARQUE SYNDICALE

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE